

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 47

FACULTÉ DE MÉDECINE

La mortalité dans la tuberculose ostéo articulaire

Ses causes - Sa fréquence

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier
Le 20 Mai 1938

PAR

Louis Michel SOLE

Né le 8 Août 1911 à Laroque-des-Albères (Pyrénées Orientales)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

JURY :

MM. ETIENNE, Professeur, président,
LAMARQUE, Professeur.
COLL DE CARRERA, Agrégé
AIMES, Agrégé

assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1. RUE DE SAUVAGES, 1

1938

LA MORTALITÉ DANS LA TUBERCULOSE
OSTÉO ARTICULAIRE

Ses causes — Sa fréquence

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 47

FACULTÉ DE MÉDECINE

La mortalité dans la tuberculose ostéo articulaire

Ses causes - Sa fréquence

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier
Le 20 Mai 1938

PAR

Louis Michel SOLE

Né le 8 Août 1911 à Laroque-des-Albères (Pyrénées Orientales)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

JURY :

MM. ETIENNE, Professeur, président.
LAMARQUE, Professeur.
COLL DE CARRERA, Agrégé
AIMES, Agrégé

ASSESSORS

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1938

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Chimie biologique et médicale
 Physique médicale
 Anatomie pathologique
 Microbiologie
 Pathologie et thérapeutique générales
 Thérapeutique et matière médicale
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Pathologie médicale et clinique propédeutique
 Clinique médicale

MM. J. DELMAS
 TURCHINI
 L. HEDON
 CRISTOL
 PECH
 GRYNFELTT
 LISBONNE,
 PAGES
 BOUDET
 PUECH
 CARRIEU
 VIDAL
 BOULET
 GIRAUD
 RIMBAUD
 MASSABUAU
 RICHE
 P. DELMAS
 EUZIERE, doyen
 LEENHARDT
 MARGAROT
 ETIENNE
 JEANBRAU
 LAPEYRE
 N
 TERRACOL
 LAMARQUE
 LAUX
 GRANEL

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale
 Clinique des maladies mentales et nerveuses
 Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge
 Clinique de dermatosyphiligraphie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie
 Radiologie (Ch. de c.)
 Anatomie (Ch. de c.)
 Histologie (Ch. de c.)

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
 FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS GALAVIELLE
 BOSC, VILLARD, VIRES, CABANNES

Chargés de Cours Complémentaires

Histoire Naturelle Médicale.....
 Pathologie médicale et Clinique propédeutique
 médicale
 Clinique propédeutique médicale
 Clinique des maladies contagieuses
 Clinique phtisiologique
 Pathologie expérimentale
 Pathologie externe
 Médecine opératoire
 Accouchements
 Ophtalmologie
 Stomatologie.....

HARANT, Dr.
 BAUMEL, agr.
 P. RIMBAUD, agr.
 JANBON, agr.
 BOUDET, prof.
 GUIBAL, agr.
 MOURGUE-MOLINES, s.
 SOUBEIRAN, ag. libre.
 COLL DE CARRER., ag. lib.
 DEJEAN, ag.
 Dr WATON

Agrégés en exercice

Bactériologie
 Médecine

CARRERE

JANBON

BAUMEL

P. RIMBAUD

LAFON, ch. d'gr

BOUCOMONTch., d'ag

Chirurgie

MM. AIMES

MOURGUE-MOLINES

GUIBAL

ROUX

DEJEAN

Ophtalmologie.....

Examinateurs de la Thèse

MM. ETIENNE, Prof. président
 LAMARQUE, Professeur

MM. COLL DE CARRERA, Agrégé
 AIMES, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MA FEMME

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES BEAUX PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
et Orthopédique à la Faculté

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer l'expression de nos sentiments très respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AIMES

Chirurgien en chef de l'Institut marin Saint Pierre
de Palavas-les-Flots

Il nous a fait le très grand honneur de nous confier ce sujet de thèse. Nous lui sommes très reconnaissant pour la grande amabilité qu'il a toujours montré à notre endroit. Nous le remercions sincèrement et nous l'assurons de notre très respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
COLL DE CARRÉRA

*Qui nous ont fait un bienveillant
accueil et ont bien voulu accepter de
faire partie du jury de notre thèse.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR EUGÈNE BRISSAUD

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin Directeur du Sanatorium de l'Hérault

*Qui nous a reçu avec bienveillance
dans son service où nous avons pu
profiter d'un enseignement qui nous
sera particulièrement utile. Qu'il
veuille bien trouver ici l'expression de
notre vive reconnaissance.*

INTRODUCTION

L'œuvre Montpelliéraine des Enfants à la Mer a reçu depuis sa fondation, le 18 octobre 1918 3600 enfants malades.

Il nous a semblé qu'il pourrait être utile de rechercher les cas qui se sont terminés par une issue fatale, de les étudier, de les classer, pour tirer de cette étude et de ce classement les conclusions qui s'imposent, en tenant comptes des décès survenus après la sortie du malade même après son départ du Sanatorium pour donner une statistique aussi exacte que possible.

Les auteurs publient surtout les résultats favorables.

Certains ne s'adressent qu'à telle ou telle articulation d'autres à telle ou telle classe de la Société, d'autres à telle ou telle race.

Il est peu facile de comparer leurs résultats, chacun se plaçant à un point de vue particulier.

De plus, nous ne pouvons attendre des renseignements précis des statistiques officielles elles-mêmes. Elles n'existent pas en France. Tout au plus pouvons-nous nous appuyer sur deux documents pris dans deux pays où la

déclaration de la tuberculose est obligatoire. Dans la statistique officielle Italienne de l'année 1932: 2534 cas de décès par tuberculose ostéo-articulaire sont signalés. En Roumanie, 1375. La France ayant sensiblement le même nombre d'habitants que l'Italie, doit avoir à peu près le même nombre, 2500 environ, de vies humaines fauchées par la tuberculose ostéo-articulaire.

C'est un sort étrange que celui de la tuberculose ostéo-articulaire. C'est la localisation la plus fréquente du bacille de Koch après la tuberculose pulmonaire. Elle frapperait 40.000 enfants par an en France, les adultes si souvent atteints eux-aussi, n'étant pas compris dans ce chiffre, et cependant elle reste au second plan. C'est la « Cendrillon » de la tuberculose. (Calvé).

Les localisations du bacille de Koch sur le système ostéo-articulaire sont mutilantes souvent, déformantes fréquemment et peuvent dans certaines conditions entraîner la mort.

Ce sont ces conditions que nous avons voulu étudier au Sanatorium Marin de Palavas-les-Flots.

On trouve à Palavas toute la gamme des lésions ostéo-articulaires dûes au bacille de Koch. Le fond de nos malades est constitué par des sujets de la première et deuxième enfance, issus de tous les milieux sociaux, venus de tous les coins de France, mais particulièrement de la région méridionale. Ce sont des tuberculeux présentant une ou plusieurs localisations, des cas simples ou compliqués, des malades ayant subi ou non des interventions focales.

Trois décès seulement sont survenus au Sanatorium pendant 20 années de cure. Si nous ne tenions compte que de ces décès les résultats seraient merveilleux, mais nous estimons que seuls comptent les résultats éloignés. Nous nous

sommes tenus en rapport soit avec les familles, soit avec les milieux hospitaliers qui ont reçu les malades à leur sortie de Saint-Pierre; au total: quarante-quatre sont décédés.

Cinq malades sont mort d'affections qui n'ont rien à voir avec le sujet qui nous intéresse.

Quant aux 39 autres nous les avons classés ainsi :

1°. — Malades atteints d'une seule localisation diagnostiquée cliniquement et radiologiquement sans complications.

2°. — Malades diagnostiqués cliniquement et radiologiquement présentant des complications, abcès, fistules.

3°. — Malades arrivés à une période ultime, état général déficient, cachectiques atteints de localisations multiples.

Enfin il nous a semblé qu'il pourrait être intéressant de rechercher les cas dans lesquels a été pratiquée une intervention focale.

OBSERVATIONS

1. — Malades atteints d'une seule localisation diagnostiquée cliniquement et radiologiquement sans complications.

Observation n° 1

R... Isabelle, 13 ans. — Entre le 3 février 1919 pour mal de Pott. Le début de la maladie remonte à 6 mois. Effondrement de la deuxième lombaire, bon état général, pas d'abcès ni de fistulisation, pas d'intervention.

Décès survenu 29 juin 1923 par méningite bacillaire hors du service.

Observation n° 2

G... Blanche, 10 ans. — Entre le 7 novembre 1915; début de la maladie remonte à quelques mois pour coxalgie droite. Pas d'abcès, on fait un plâtre. Cure. Au cours de son séjour l'enfant est pâle, maigre à des lèvres rouges, peu d'appétit.

Décès en juin 1920 hors du service. Cause de la mort inconnue.

Observation n° 3

M... Clément, 12 ans. — Entre en janvier 1926 pour mal. de Pott cervical. Le début de la maladie remonte à une année environ. Cure. Plâtre, pas d'intervention. En mars la fièvre s'allume, céphalée, vomissements, raideurs, raie méningitique.

Décès dans les premiers jours d'avril 1927 hors du service.

Observation n° 4

G... Louis, 11 ans. — Entre en mars 1930 pour coxalgie droite. Le début de la maladie remonte à fin 1929. Cure. Plâtre, pas d'intervention. Brusquement apparition de la tuberculose méningée.

Décès en avril 1931 hors du service.

Observation n° 5

F... Maurice, 5 ans. — Entre le 15 novembre 1931 pour tumeur blanche du genou droit; la maladie remonte à deux mois. Genou globuleux. Douleur vive dans l'intérieur interne. Mouvements normaux. Cure. Plâtre, pas d'intervention.

Décédé en février 1938 après phénomènes méningitiques hors du service.

Observation n° 6

A... Antoine, 4 ans. — Entre le 3 août 1936 pour mal. de Pott cervical. La maladie remonte à 8 mois. Cure. Plâtre. Pas d'intervention.

Décédé de méningite bacillaire novembre 1937 hors du service.

2.— Malades diagnostiqués cliniquement et radiologiquement présentant des complications, abcès, fistules... autres localisations.

Observation n° 1

V... Gabriel, 14 ans.— Entre le 17 janvier 1919. Présente à ce moment un lupus fontral, mal. de Pott lombaire et une ostéo-arthrite du coude fistulisée. Cure. Repos, en février 1921 ouverture d'un abcès à la cuisse droite: fistule pottique secondairement infectée.

Décès en avril 1921 d'une néphrite bacillaire hors du service.

Observation n° 2

S... Marcelle, 13 ans. — Entre le 16 juin 1919 pour mal de Pott cervical, compliqué d'adénite cervicale. Début de la maladie remonte à 1918 pour ganglions cervicaux, ganglions qui ont été opérés par M. le Professeur Forgues, le 22 janvier 1918.

Séjour d'un an en juillet 1910, mauvais état général, fièvre, amaigrissement, diarrhée, coliques.

Décédée hors du service en août 1920 d'entérite bacillaire.

Observation n° 3

D... Charles, 11 ans. — Entre le 10 mai 1920 pour coxalgie acétabulaire droite, compliquée d'abcès fistulisé. La maladie remonte à deux ans environ. En octobre 1920 poussée inflammatoire de la poche de l'abcès. En novembre 1921 on enlève un volumineux sequestre par l'abcès.

Décédé par cachexie hors du service en décembre 1922.

Observation n° 4

V... Yvonne, 18 ans. — Entre en octobre 1918 pour abcès dans la région lombaire. Le début de la maladie remonte à l'année 1915.

A son entrée une ponction de l'abcès amène une fistulisation. Le mal de Pott n'est reconnu qu'en 1924. En novembre 1928, guérison de l'abcès, mais on ne peut faire lever la malade; violentes douleurs au niveau de la colonne lombaire.

Elle est évacuée à l'hôpital Suburbain décédée en 1931 de cachexie.

Observation n° 5

V... Francis, 6 ans. — Entre le 18 février 1925 pour mal de Pott dorsal. Le début de la maladie remonte à deux ans et demi. Cure. Plâtre; pas d'intervention. Se complique en mars 1926 d'une paraplégie.

Décédé en mars 1927 de complications pulmonaires hors du service.

Observation n° 6

P... Fernande, 10 ans. — Entre le 30 juillet 1925 pour coxalgie gauche ancienne.

En 1919 coxalgie gauche plâtrée pendant 11 mois, guérie. Trois mois après la guérison apparition très rapide d'un mal de Pott, avec gibbosité cervico-dorsale nécessitant le port d'un Minerve pendant 3 ans.

En 1927 récurrence de la coxalgie, amaigrissement rapide, apparition d'un abcès à la cuisse gauche.

Décédée début 1928 par tuberculose généralisée hors du service.

Observation n° 7

S... Pierre, 17 ans. — Entre le 6 juin 1927 pour luxation congénitale de la hanche et adénopathie trachéo-bronchique suspecte. Le début de la maladie remonte à la fin de l'année 1926.

La radiographie décèle un effacement de l'interligne articulaire entre la première lombaire et la deuxième lombaire et une interpénétration des deux corps vertébraux.

En août 1927 apparition d'un abcès dans la fosse iliaque droite Ponction, injection de 6 cm³ d'éther iodoformé. En mars 1929 abcès de la région lombaire, fistulisation, fièvre, maigreur, état général altéré.

Décédé fin de l'année 1929 hors du service par dégénérescence amyloïde.

Observation n° 8

L... Florine, 17 ans. — Entre le 1^{er} mai 1928 pour mal de Pott dorsal. Début de la maladie remonte à 3 mois. Abcès depuis 1 mois et demie ; à l'entrée l'abcès qui a été ponctionné est très volumineux, très mauvais état général, anémie, cachexie.

Décédée hors du service en décembre 1928 par cachexie.

Observation n° 9

S... Louis, 13 ans. — Entre le 1^{er} juillet 1929 pour abcès froid fistulisé de la fosse iliaque gauche. Début de la mala-

die remonte au mois de février. A ce moment 3 ponctions ont été pratiquées, qui ont amené la fistulisation.

A l'entrée, la radiographie montre un tassement de la 9^e dorsale et de la 8^e dorsale avec écrasement du disque intervétébral.

En décembre 1929 la fièvre s'allume, l'abcès donne de plus en plus, maigreur, perte de l'appétit.

Décédé le 7 janvier 1930 hors du service par cachexie.

Observation n° 10

P... Lucienne, 17 ans. — Entre le 8 août 1933 pour mal de Pott lombaire. Le début de la maladie remonte à février 1930. A ce moment ponction d'un abcès qui se fustilise.

En 1931: ponction d'un nouvel abcès froid lombaire droit. En juin 1931 poussées fébrile, inflammation d'un abcès.

Décédée en octobre 1931 hors du service par généralisation.

Observation n° 11

D... Yves, 12 ans. — Entre le 15 novembre 1931 pour tuberculose de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le début de la maladie remonte à mai 1931. On fait un plâtre le 14 octobre 1931. En janvier 1932, poussée inflammatoire au niveau de l'articulation malade.

Le 10 janvier: ponction, décès en juin 1932 hors du service de méningite tuberculeuse.

Observation n° 12

M... Simonne, 10 ans. — Entre le 1^{er} avril 1933 pour coxalgie droite. Début de la maladie remonte à deux mois. Plâtre. En octobre 1933 adénite, inguinale, suppurée, fistulisée.

Décédée en décembre 1934 par tuberculose pulmonaire.

Observation n° 13

B... Jeannine, 8 ans. — Entre le 1^{er} mai 1933 pour coxalgie gauche. Le début de la maladie remonte à deux ans. En juin 1933 œdème et chaleur locales au niveau de la hanche gauche et apparition d'un abcès froid de la région fessière gauche. Ponction. Fièvre persistante à grande oscillation.

Décédée en avril 1934 par généralisation.

Observation n° 14

C... Henri, 5 ans. — Entre le 1^{er} septembre 1933 pour mal de Pott fistulisé. Le début de la maladie remonte en 1932. Mal de Pott sacro-lombaire avec gibbosité de la 3, 4, 5 lombaires. Abcès dans la fosse iliaque droite qui nécessite une ponction amenant une fistulisation.

Décédé en janvier 1934 hors du service par généralisation.

Observation n° 15

T... Elise, 20 ans. — Entre le 1^{er} juin 1934 pour fistule d'abcès froid à la cuisse et dans la fosse iliaque droite.

En avril 1932 abcès à la racine de la cuisse droite. Une ponction donne un pus stérile, on pratique une incision en septembre 1933 qui ne donne rien. A la suite de quoi on fait une « trépanation du pubis ». Le 2 juin abcès de la région fessière gauche. En juillet 1934 mauvais état général vomissements incessants, fièvre à grande oscillation. En septembre 1934, apparition de fistules à la face externe de la cuisse droite et fistule lombaire à gauche.

En mars 1935 les fistules donnent abondamment.

Décédée en septembre 1935 hors du service par généralisation.

Observation n° 16

P... Gérard, 12 ans. — Entre le 16 novembre 1934 pour ostéite du pubis gauche et ischion droit datant d'avril 1934.

Débute par douleur au niveau du membre inférieur et boiterie. En octobre 1934 la radiographie décèle des lésions d'ostéite extrêmement importantes intéressant le pubis gauche et l'ischion droit.

Flot traduisant la présence d'abcès.

Apparition d'une fistule au niveau de l'ischion droit, écoulement peu abondant.

Le 10 janvier 1936, nouvelle fistule en arrière de la première avec très peu de sécrétion.

Décédé en avril 1936 hors du service par méningite bacillaire.

Observation n° 17

F... Rose, 6 ans. — Entre le 1^{er} février 1935 pour mal de Pott Lominaire. Début de la maladie remonte à un an. Mal de Pott fistulisé dans la région latéro-vertébrale gauche. Destruction à peu près complète de la 5^e lominaire avec présence de séquestres. Altération très accusée au niveau de la 4^e lominaire. En septembre 1935 fistule dans la région lominaire droite.

Décédée en juin 1936 hors du service par tuberculose généralisée.

Observation n° 18

S... René, 9 ans. — Entre le 6 mars 1935 pour Mal de Pott Lominaire ayant débuté en 1920.

Abcès de la cuisse droite et de la région sacrée (fistulisé) en 1934.

Actuellement volumineux abcès de la région sacrée avec fistules multiples. Fistule unique au tiers moyen de la cuisse gauche. Ponction répétées en avril 1935 incision d'un abcès de la cuisse droite.

Décédé en 1936 hors du service par cachexie.

Observation n° 19

A... Jacques, 2 ans. — Entre le 16 novembre 1935 pour arthrite tuberculeuse du genou gauche ayant débuté depuis 7 mois. Cure. Plâtre. Pas d'intervention. En février 1936 broncho-pneumonie à bacille de Koch.

Décédé fin février au Sanatorium Marin.

Observation n° 20

M... Yves, 6 ans. — Entre le 11 janvier 1937 pour trochantérite droite ayant débuté depuis 6 mois. Intervention le 5 octobre 1936. Trépanation de la tête du fémur. En janvier 1937 fistule de la hanche droite. En février atteinte pulmonaire.

Décédé en janvier 1938 par méningite hors de service.

Observation n° 21

L... Léopold, 15 ans. — Entre le 1^{er} août 1937, pour ostéoarthrite du pied droit depuis 6 mois. Tuméfaction de l'articulation de Lisfranc avec abcès froid qui a été ponctionné.

Décédé chez lui d'une méningite tuberculeuse au début d'octobre 1937.

3. — Cas arrivés à une période ultime

Observation n° 1

S... Madeleine, 13 ans. — Entre le 23 mai 1919 pour coxalgie droite avec abcès épicondylien gauche. Le début de la maladie remonte à quelques mois.

Mauvais état général anorexie, asthénie fièvre, 38°5 à 39°. Tension artérielle = 10 — 7.

Décédée le 26 juillet 1919 par méningite bacillaire.

Observation n° 2

B... Mireille, 19 ans. — Entre le 18 février 1925. Début de la maladie remonte à deux ans. Elle présente à son entrée de très nombreuses gommes cutanées.

Des fistules profondes dans le dos.

Des fistules dans la région lombaire droite.

Trois énormes masses de fongosité face externe du coup de pied droit. Fièvre 38°5. Très mauvais état général.

En octobre 1925 fièvre élevée, supurations abondantes.

Décédée fin octobre hors du service par généralisation.

Observation n° 3

C... Paul, 11 ans. — Entre le 9 mai 1925 pour scoliose pottique. Début de la maladie remonte à quelques mois. Présente à son entrée des séquelles de péritonite bacillaire et de rudesse respiratoire aux sommets. Evacué à Montpellier le 25 mai 1925.

Décédé chez lui en août 1925 par généralisation.

Observation n° 4

B... Thérèse, 18 ans. — Entre le 13 août 1925 pour tumeur blanche du genou droit.

Le début de la maladie remonte au mois de novembre 1924. Plâtre en février 1925. En juillet volumineux abcès froid à la face interne du tibia.

Ponction. Le 7 septembre 1925 aggravation rapide et progressive, fistulisation, extension des lésions au fémur. Fièvre élevée, état général très grave, envoyée d'urgence à l'Hôpital Suburbain de Montpellier pour amputation.

Décédée en septembre 1925 hors du service par généralisation.

Observation n° 5

F... Gilberte, 6 ans. — Entre le 8 octobre 1925 pour mal de Pott sous occipital. Début de la maladie remonte à quelques mois. Très mauvais état général. Fièvre = 38°, 39°.

Enfant maigre, pâle, vomissements, diarrhée.

Décédée le 23 décembre 1925 hors du service par méningite bacillaire.

Observation n° 6

P... Roger, 9 ans. — Entre le 1^{er} juillet 1926.

Le début de la maladie remonte à 2 ans.

Il présente à l'entrée une otite double, une adénopathie cervicale bi-latérale, suppurée, une ulcération à la face interne du coude droit, une ulcération atone infectée de l'index droit. Un abcès froid du poignet gauche, un abcès froid de la face externe du dos du pied droit.

Le 2 août présente quelques signes pulmonaires.

Décédé au Sanatorium Marin le 20 août par tuberculose pulmonaire.

Observation n° 7

L... Jeanne, 13 ans. — Entre le 30 avril 1927 pour coxalgie droite. Le début de la maladie remonte à deux ans, très mauvais état général.

Décédée le 27 mai 1927 hors du service par phénomène méningitique.

Observation n° 8

D... André, 4 ans 1/2. — Entre le 5 novembre 1925 pour localisations tuberculeuses multiples. Fistules ulcérées au

niveau de la 7^me et 9^me côtes, vaste fistule ulcérée faisant le tour de la cuisse gauche, arthrite tibio tarsienne avec ulcération. Gros foyer de râles humides aux sommets en avant.

Décédé en décembre 1925 hors du service par tuberculose pulmonaire et généralisation.

Observation n° 9

J... Aimé, 13 ans. — Entre le 1^{er} mai 1935 pour coxalgie gauche depuis 6 ans.

A 6 ans 1/2 coxalgie gauche fistulisée plâtrée, rechute il y a un an avec fistulisation.

Actuellement : hanche gauche ankylosée en extension et adduction légère. Fistule donnant beaucoup au tiers moyen de la cuisse. Mauvais état général. Présence de bacilles de Koch dans les urines.

Décédé en septembre 1935 hors du service par généralisation.

Observation n° 10

G... Thérèse, 5 ans. — Entre le 1^{er} juin 1935 pour arthrite tuberculeuse du genou droit.

Le début remonte à deux ans, genou globuleux, tendance à la luxation, douleur à la pression, mauvais état général, enfant pâle, maigre.

En septembre 1935 anorexie, diarrhée, vomissements.

Décédée en juillet 1936 par méningite bacillaire hors du service.

Observation n° 11

G... Marguerite, 18 ans. — Entre le 1^{er} juillet 1936 pour arthrite des deux genoux et du coude droit.

La maladie remonte à 2 ans.

Le 16 juillet ponction de l'abcès froid du coude droit.

Le 10 septembre ostéo-arthrite de la cheville gauche, vaste ulcération du coude droit.

Le 5 octobre ponction d'abcès du coup de pied gauche, état général déficient, abcès du coup de pied se reforme. Suppuration abondante.

Décédée en novembre 1936 hors du service par généralisation.

Observation n° 12

G... Lucien, 8 ans. — Entre le 15 janvier 1937 pour arthrite du genou, adénopathie cervicale abondante, petit abcès froids sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'auriculaire droit.

Douleurs au niveau du genou et de la hanche gauche, cheville gauche tuméfiée, présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Décédée le 13 mai 1937 d'une mastoïdite à bacilles de Koch hors du service.

4. — Cas opérés

1°. — COMPLIQUES

<i>Observations:</i> n° 2	n° 3	n° 4
n° 6	n° 7	n° 8
n° 9	n° 10	n° 11
n° 13	n° 14	n° 15
n° 18	n° 20	n° 21

2°. — ARRIVES A UNE PERIODE ULTIME

<i>Observations:</i> n° 4	n° 11	n° 12
---------------------------	-------	-------

RESULTATS

1. — Cas non compliqués

Nous nous trouvons en présence de six cas simples.

L'âge de nos malades varie entre 4 et 13 ans et nous avons quatre garçons et deux filles.

3 maux de Pott, 2 coxalgies, une arthrite du genou.

5 sont décédées à la suite de phénomènes méningitiques.

Nous manquons de renseignements précis pour le dernier.

La durée de la maladie n'a pas dépassé 4 ans pour aucun de nos malades.

La cure s'était poursuivie normalement, sans le moindre incident, quand en quelques semaines, l'état général s'altère, la fièvre s'allume et les phénomènes méningitiques apparaissent.

2.— Cas compliqués

Ils sont au nombre de 21 que nous pouvons dénombrer ainsi :

11 maux de Pott, 5 coxalgies, 2 ostéo arthrites du pied,

2 ostéites du Pubis, une ostéo arthrite du genou.

L'âge de nos malades varie de 4 à 18 ans.

13 de 10 à 18 ans — 9 au-dessous de 10 ans.

Nous avons 10 garçons et 11 filles.

Si nous prenons séparément chaque articulation :

1° — *Le Mal de Pott.*

a) l'âge :

9 malades de 13 à 18 ans.

3 malades de 5 à 9 ans.

b) le sexe :

4 garçons — 7 filles.

c) autres localisations :

1 lupus.

1 atteinte pulmonaire.

1 adénopathie trachéo-bronchique.

d) abcès :

1° à l'entrée 8

2° après l'entrée 2

e) fistules :

1° à l'entrée 7

2° après l'entrée 3

f) fistules survenues après intervention : 10

g) polyfistulisées : 6

1 seule complication par paraplégie chez un malade entré à l'âge de 6 ans.

Nos malades sont décédés :

1 de néphrite bacillaire.

1 d'entérite bacillaire.

1 d'atteinte pulmonaire.

3 de cachexie.

1 de dégénérescence amyloïde.

4 de généralisation.

2° — *Coxalgie.*

a) l'âge de nos malade varie de 6 à 11 ans.

b) 2 garçons et 3 filles.

c) autres localisations :

1 mal de Pott survenu au cours du traitement.

1 atteinte pulmonaire.

d) abcès :

1° à l'entrée 2

2° après l'entrée 3

e) fistules :

1° à l'entrée 2

2° après l'entrée 1

f) fistules survenues après intervention : 1

g) polyfistulisées : 0

Nos malades sont décédés :

2 d'atteinte pulmonaire.

2 de cachexie.

1 de phénomène méningé.

3° — *Ostéo-arthrite du pied.*

2 malades — 2 garçons.

Agés l'un de 12 ans, l'autre de 15 ans.

1 ayant un abcès survenu après son entrée qui s'est fistulisé ;

L'autre ayant un abcès qui est survenu après son entrée mais ne s'est pas fistulisé.

Nos deux malades ont été enlevés en quelques mois

après l'apparition de l'abcès et la ponction par des phénomènes méningitiques.

4° — *Ostéite du Pubis.*

2 malades : 1 garçon de 12 ans — 1 fille de 20 ans.

Tous les deux avaient leur abcès à l'entrée.

Chez ces deux malades la fistulisation est survenue après ponction. Tous deux sont devenus des polyfistulisés, l'un est décédé de cachexie, l'autre de méningite bacillaire.

5° — *Ostéo-arthrite du genou.*

1 petit garçon de 2 ans 1/2 qui a été enlevé rapidement par une broncho-pneumonie à bacille de Koch.

3. — Cas arrivés à une période ultime

12 de nos malades sont arrivés à une période ultime : 7 filles et 5 garçons dont l'âge varie de 2 à 18 ans.

10 de nos malades présentaient des abcès, des fistules, et des localisations multiples à l'entrée.

Les 2 autres avaient un état général déficient, de la température.

Ils ont été évacués après un séjour relativement court à Palavas, soit dans leur famille, soit à Montpellier.

Nos malades sont décédés :

4 de méningite bacillaire :

2 à 5 ans — 2 à 13 ans.

4 de généralisation :

2 à 18 ans — 1 à 13 ans — 1 à 19 ans.

3 de tuberculose pulmonaire :

1 à 11 ans — 1 à 9 ans — 1 à 4 ans 1/2.

1 de mastoïdite à bacille de Koch.

Résultats généraux

De l'étude de ces résultats nous pouvons dire que :

1° — Nos malades étaient atteints :

17 de mal de Pott.

10 de coxalgie.

6 d'astéo-arthrite du genou.

6 de nombreuses localisations du bacille de Koch.

2 d'ostéo-arthrite du pied.

2 d'ostéite du pubis.

1 de spina ventosa.

Leur âge variait de 3 à 20 ans.

17 de 2 à 9 ans.

18 de 9 à 14 ans.

9 de 15 à 20 ans.

2° — Ils sont arrivés au Sanatorium à une phase avancée de l'évolution de la maladie. Car il y a eu :

Abcès (avant l'entrée) 20

(après l'entrée) 7

Fistules (avant l'entrée) 19

(après l'entrée) 6

Polyfistulisés 14

Autres localisations 12

3° — Ils sont décédés :

5 de maladies qui n'ont rien à voir avec la tuberculose.

Les 39 qui restent :

	cas simples	cas compliqués	cas arrivés à période ultime	totaux
Cachexie	0	5	0	5
Généralisation	0	6	6	12
Méningite bacillaire	5	2	4	11
Atteinte pulmonaire	0	4	1	5
Néphrite bacillaire	0	2	0	2
Entérite bacillaire	0	1	0	1
Mastoïdite bacillaire	0	0	1	1
Dégénérescence amyloïde	0	1	0	1
Origine inconnue	1	0	0	1
	—	—	—	—
	6	21	12	39

La lecture de ces tableaux nous dit :

1° — Que de nombreux malades arrivent trop tard au Sanatorium.

20 sont porteurs d'abcès à leur entrée, 19 sont porteurs de fistules. Sur ces 19, 14 sont des polyfistulisés, 12 ont plusieurs localisations.

Après un diagnostic précoce les tuberculeux ostéo-articulaires devraient être dirigés le plus tôt possible vers des centres bien installés, présentant les conditions matérielles requises et un personnel médical spécialisé.

2° — Nos cas simples sont tous décédés de méningite bacillaire sauf 1. Les cas compliqués et arrivés à une période ultime ont été emportés pour la plupart par cachexie et par généralisation.

4. — Cas ayant subi une intervention

Nous avons classé en dernier lieu les malades chez qui a été pratiquée une intervention: ponction d'abcès, incision, intervention focale.

Ils sont au nombre de 18:

15 parmi les malades compliqués

3 parmi les malades arrivés à une période ultime

Parmi les malades compliqués:

12 ont vu apparaître leur fistule après une ponction ou une incision

3 ont subi une intervention focale qui a amené une fistulation.

Parmi les malades arrivés à une période ultime:

3 ont été ponctionnés

Après la ponction, l'abcès se fistulise, après l'intervention se créent des trajets qui suppurent, d'autres foyers apparaissent, l'état général s'altère, la fièvre s'allume. La mort entre par la porte qui a été ouverte.

Il nous est donc permis de voir une relation entre l'aggravation de nos malades et la ponction, l'incision ou l'intervention focale.

Ces actes chirurgicaux sont des « incidents » dans l'évolution de la maladie. Résultat de la lutte entre le microbe et le terrain, l'évolution se traduit par deux tendances.

1° — Une tendance destructive, envahissante, ulcéreuse, nécrotique: c'est la lésion en marche.

2° — Une tendance réactionnelle, encerclante des tissus voisins. C'est la tendance focalisante qui s'efforce de substituer à la lésion en marche: la lésion fixée.

Selon le balancement de ces deux tendances, d'attaque et de défense, selon la prédominance de l'une ou de l'autre, sera réglé le sens de l'évolution de la lésion: son destin.

Plusieurs causes rompent plus ou moins facilement cet équilibre.

Parmi les facteurs aggravants: l'activité fonctionnelle de l'organe atteint joue un rôle primordial.

Parmi les facteurs favorables: les moyens naturels de défense de l'organisme. C'est par les « moyens de bord » (Landouzy) que l'organisme se défend contre le bacille de Koch. Si ce facteur favorable ne joue pas nous avons les formes granuliques généralisées entraînant la mort en quelques semaines, que l'on trouve aussi bien dans les formes pulmonaires, que dans toutes les autres localisations du bacille de Koch.

Boquet a exposé le mécanisme histologique de ce double processus. Il nous fait assister à une lutte incessante entre le parasite et l'hôte « qui peut aboutir à un équilibre plus ou moins instable, équilibre que de multiples incidents suffisent à rompre ». Des bacilles fixés par les phagocytes ou encerclés dans les follicules sont remis en liberté et reprennent « in situ » leur activité végétative. Ils provoquent des phénomènes d'auto surinfection, péri-lésionnelle aboutissant à des lésions extensives de proche en proche, auxquelles s'ajoutent également « in situ » des réactions allergiques locales source de processus nécrotique contribuant eux aussi à l'extension progressive des lésions.

Ces phénomènes nécrotiques d'origine allergique ont été signalés dans les lésions de tuberculose pulmonaire par Besançon, sous le nom: de phénomène de Koch Pulmonaire. On pourrait sous le nom de phénomène de Koch

osseux rattacher à ces phénomènes allergiques, les séquestres, le pus des abcès froids, tous processus nécrotiques.

Concurremment les tissus voisins réagissent, les cellules fixes du système réticulo-endothélial, les histiocytes y détruisent les bacilles de Koch et le tissu conjonctif par néo formation tend à encercler et à étouffer la lésion en marche.

Mais un « incident » arrive, une réaction du foyer se produit à nouveau, provoquant une nouvelle extension des lésions qui franchissent la barrière trop fragile qui leur est opposée.

Si le malade est placé dans de bonnes conditions locales et générales de traitement, cette lutte entre l'hôte et le parasite se poursuit par une évolution cyclique en trois phases :

1° — une phase d'ensemencement : lutte entre les deux tendances, lutte entre l'hôte et le microbe.

2° — une phase d'enserement : l'hôte prend le dessus, d'où tendance focalisante.

3° — phase de cicatrisation : l'hôte répare les dégâts commis par le parasite.

Nous pensons que :

Ponction, incision, intervention focale sont des « incidents » susceptibles tant que les lésions n'ont pas terminé leur évolution de provoquer une activité végétative du parasite, d'agir sur le plateau de la balance pour faire pencher celui-ci du côté de la tendance destructive de la lésion en marche.

Nous nous rallions à l'avis du Docteur Mireslaw Bétélich qui publie dans un article sur le traitement de la tuberculose osseuse : Toute tuberculose osseuse doit être

dabord traitée par des mesures conservatrices, mais dans certains cas il est impossible d'obtenir ainsi des résultats satisfaisants. Dans ces cas le traitement chirurgical doit compléter les mesures conservatrices. La plupart des opérations ne se font que lorsque le processus tuberculeux est déjà guéri. Aujourd'hui on ne fait pas les opérations dans le but d'influencer le processus tuberculeux. Pour moi l'évolution cyclique de la tuberculose ostéo articulaire a la valeur d'un axiome. Je considère que le traitement chirurgical ne peut avoir de succès que si l'opération a lieu à la phase de réminéralisation et de réparation alors que le processus a déjà terminé son évolution.

Restent enfin les 5 décès dont la cause n'est pas liée à la tuberculose ostéo articulaire. Ces décès se sont produits à la suite d'affections fréquentes chez l'enfant.

1 de diphtérie

1 de sténose trachéale d'origine inconnue

2 de néphrite

1 de mastoïdite

CONCLUSIONS

Le Sanatorium Marin Saint-Pierre à Palavas-les-Flots reçoit des malades issus de tous les milieux sociaux, venus de tous les coins de France, malades plus ou moins atteints quelque que soit le degré d'évolution de la maladie.

Dans ce champ d'expérience nous avons trouvé 44 enfants morts sur les 3600 traités en 20 années de cure, nous avons étudié et classé ces cas de mort, nous avons recherché les malades qui avaient subi une intervention.

Nous avons conclu :

1° — Un grand nombre de tuberculeux ostéo-articulaires sont envoyés trop tard au Sanatorium spécialisé, car si beaucoup sont parfaitement soignés dans des hopitaux bien installés, d'autres traités dans des conditions matérielles insuffisantes arrivent polyfistulisés, fébriles, cachectiques et ne peuvent que très rarement être améliorés.

20 de nos malades étaient porteurs d'abcès à leur arrivée, 19 étaient porteurs de fistules, sur ces 19, 14 étaient des polyfistulisés, 12 avaient de nombreuses localisations.

2° — Un diagnostic précoce de la maladie étant porté, il faut placer les tuberculeux ostéo-articulaires, dans des conditions favorables, il faut aider le terrain à se défendre contre le microbe, il faut aiguiller l'évolution de la tuberculose vers la phase de réparation.

Mais il faut surtout s'abstenir dans la mesure du possible, de créer des « incidents », ponction, incision, interventions focales qui provoquent des réactions du foyer et donnent une recrudescence à la virulence du microbe.

15 de nos malades avaient vu apparaître leur fistule après ponction ou incision, 3 avaient subi une intervention focale qui avait laissé des trajets fistuleux.

Fistules qui ont amené une aggravation de nos malades et les ont conduit à la mort.

La phrase de Calot résume ces deux constatations :
« Ouvrir un foyer de tuberculose ostéo-articulaire (ou le
» laisser s'ouvrir) c'est ouvrir une porte par laquelle peut
» entrer la mort. »

Nous dirons nous : une porte par laquelle la mort entre très souvent.

Nos malades sont décédés :

- 5 de cachexie.
- 11 de méningite bacillaire.
- 12 de généralisation.
- 5 de complication pulmonaire.
- 2 de néphrite bacillaire.
- 1 d'entérite bacillaire.
- 1 de mastoïdite bacillaire.
- 1 de dégénérescence amyloïde.
- 1 dont la mort est d'origine inconnue.

Nos cas simples qui n'ont pas subi d'intervention sont décédés de méningite bacillaire alors que les cas compliqués qui pour la plupart ont été touchés on été emportés surtout par cachexie, par généralisation et moins souvent par complication pulmonaire.

Nous ne considérons pas notre travail comme définitif, car si nous avons suivi nos malades jusqu'à ce jour, parmi ceux que nous considérons comme guéris ou améliorés, d'autres morts viendront peut-être assombrir notre statistique.

De nouveaux foyers peuvent apparaître.

Comme le dit « Léon Bernard » la notion de guérison en matière de tuberculose offre un sens assez particulier, on est en face dans l'immense majorité des cas de guérisons dites « clinique », cas d'arrêt de la maladie, toujours susceptibles de prendre de l'acuite.

Il semble qu'il y a une contradiction entre cette assertion et celle de Marfan : qu'une tuberculose articulaire de l'enfance vaccine le sujet qui a été atteint contre une nouvelle attaque de la maladie. Calmette s'est longuement expliqué sur cette contradiction apparente et semble avoir apporté la solution du problème en disant : qu'une attaque de tuberculose osseuse de l'enfance semble prémunir contre l'invasion de l'organisme par le bacille de Koch venu de l'extérieur, mais que le sujet reste toujours sensible à une nouvelle attaque de l'ennemi du dedans, c'est-à-dire de la race de bacilles de Koch qui a provoqué la première infection et qui restent toujours plus ou moins nombreux dans l'organisme, plus ou moins latents, plus ou moins virulents. Qu'une cause quelconque intervienne, le bacille reprend de l'activité, se répand dans l'organisme et par auto-surinfection provoque une localisation nouvelle.

NOTA

Considérant notre travail comme une statistique, nous n'avons pas cru devoir y adjoindre une bibliographie.

Celle-ci eut d'ailleurs été bien pauvre: en effet les auteurs classiques ne publient que des résultats partiels pour illustrer tel ou tel chapitre au paragraphe de leur ouvrage.

Nous n'avons pas trouvé d'auteur s'intéressant aux résultats globant, si ce n'est: l'article publié dans *Spitalul, Revista Medicală Lunara*, n° 2 de février 1934 par les Docteurs Janas et Hodos: Consideratiuni asupra mortalității în tuberculozele chirurgicale tratate în climat maritim.

TABLE DES MATIERES

1° — Introduction	11
2° — Malades atteints d'une seule localisation diagnostiquée cliniquement et radiologiquement sans complication	14
3° — Malades diagnostiqués cliniquement et radiologiquement présentant des complications, des abcès, des fistules	16
4° — Malades arrivés à une période ultime, état général déficient, cachectique, atteints de localisations multiples	23
5° — Résultats généraux	34
6° — Malades ayant subi une intervention, ponction, incision, intervention focale	37
7° — Conclusion	41

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

La mortalité dans la tuberculose
ostéo articulaire
ses causes - Sa fréquence
par Mr SOLÉ Louis

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier le 11 Mai 1938

Le Professeur :

ETIENNE

Vu :

Montpellier, le 13 Mai 1938

Le Doyen :

EUZIERE

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier le 13 Mai 1938

Le Recteur :

PARISELLE

